

Jacek Bomba

**W POSZUKIWANIU JĘZYKA DOSKONAŁEGO PSYCHIATRII.
GŁOSA DYSKUSYJNA DO ESEJU ANNY POTOCZEK O FOBII SPOŁECZNEJ.**

Swobodnie pisane, rzetelne refleksje psychoterapeutów i psychiatrów nad gromadzonym w życiu zawodowym doświadczeniem osobistego kontaktu z ludźmi szukającymi pomocy, oraz nad wiedzą, zebraną w studiach nad tekstami innych psychiatrów, są zawsze lekturą zajmującą i dają więcej niż zamierzał autor, który zdobył się na podzielenie swoimi myślami z czytelnikiem. Prawie tak, jak z wypowiedzi pacjenta możemy wywnioskować więcej, a czasem coś całkiem innego, niż sam pacjent chciał nam przekazać.

Forma eseju, bardziej swobodna niż dysertacji, opisu przypadku klinicznego czy omówienia przebiegu terapii, pozwala autorowi na zaniechanie wstępnej decyzji o wadze poglądów przedstawianych w piśmiennictwie fachowym na temat, na który wypowiada się właśnie esejem. Może swobodnie czerpać z tych, które zapamiętał lepiej, z powodów, z których nie potrzebuje się tłumaczyć. Esej daje też rzadką możliwość pozostawiania pytań stawianych samemu sobie bez jednoznacznej odpowiedzi, odsłonięcia przed czytelnikiem wewnętrznego dyskursu piszącego. Forma eseju niezależnie od intencji autora, pokazuje fragmenty wiedzy zawodowej i utrwalconych w obiegu poglądów, które kiedyś były częścią paradygmatu nauki, a dziwnym zrządzeniem pozostały, chociaż paradygmat się zmienił.

Fobia społeczna, kategoria diagnostyczna stworzona w paradygmacie umożliwiającym konstrukcję współczesnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zachowania, jest pod tym względem tematem wdzięcznym. Została zresztą wykorzystana w przeciwreklamie inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny i odwracalnych inhibitorów monoaminooksydazy, ośmieszających je jako „leki przeciw nieśmiałości”.

Esej Anny Potoczek pozwala przyjrzeć się historycznemu rozwojowi myśli psychiatrycznej, w której pojawiały się i znikwały kolejne konceptualizacje paraliżującego lęku przed innymi ludźmi. Wiązały związane z nim zespoły objawowe już to z typem psychicznym – jak w *psychastenii* Janet, już to ze swoistymi konfliktami intrapsychicznymi we freudowskiej psychoanalizie, albo znikwały w szerokim spektrum depresji lub schizofrenii. Pozwala też dostrzec, że zaledwie kategoria została wyodrębniona, zakwestionowana została jednorodność ujętych w niej zaburzeń. Oczywiście w myśl zasady podziału na dwa.

Niezwykle ciekawa jest przygoda, jaka spotyka fobię społeczną na Dalekim Wschodzie. Podobnie jak inne zaburzenie — nazywane dawniej częściowym deficytem rozwojowym, a obecnie swoistym zaburzeniem czytania lub analizy dźwiękowo-literowej. Otóż w postaci opisanej w kulturze Zachodu nie występuje ono w społeczeństwach, których kultura pisma nie jest oparta na literach, lecz znakach, a stosunki między ludźmi wręcz wymagają wstydlivości i nieśmiałości.

Najważniejszą korzyść czytelnik eseju Anny Potoczek może wynieść śledząc kłopoty Autorki z wyplątaniem się z labiryntu klasyfikacji zaburzeń psychicznych, a raczej teoretycznych założeń, które leżą u ich podstaw. Koncepcja fobii społecznej jest ściśle związana

z anozologiczną ideą klasyfikacji zaburzeń. Wychowani w tradycji psychopatologii opisowej, przywiązującej znaczenie do identyfikacji objawów i zespołów objawowych, mamy podstawowe trudności w uwzględnieniu cierpienia (*distress*) i niewydolności funkcjonowania społecznego wśród kryteriów diagnostycznych, a także w traktowaniu kryteriów wyłączających jako podstawowych dla ustalenia rozpoznania. Myślenie diagnostyczne oparte na psychopatologii opisowej wymaga przecież odrębnego procesu rozpoznawania różnicującego. Podstawy DSM-IV i ICD-10 łączą te dwa etapy w jeden. Psychopatologia opisowa jest zresztą stosunkowo mało przydatna do planowania swoistego postępowania psychoterapeutycznego. W tym względzie jest zbieżna z nowymi systemami klasyfikacji, odcinającymi się od uwzględniania, nawet hipotetycznych, czynników etiopatogenetycznych. Wychowani w tradycji psychodynamicznej, umożliwiającej planowanie psychoterapii odwołującej się właśnie do wynikających z psychoanalizy założeń teoretycznych zapominamy, że bardziej konsekwentna klasyfikacja DSM-IV nie zawiera kategorii „zaburzenia osobowości” w tak zwanej osi pierwszej, zatem przywykli do różnicowania między nerwicą a nerwicowym rozwojem osobowości, lub nerwicą charakteru nie możemy znaleźć wyjścia z dylematu fobii społecznej.

Możemy się ratować koncepcją współzachorowalności, czy może poprawniej, równoczesnego występowania zaburzeń zaliczanych do różnych kategorii diagnostycznych w ICD-10 czy DSM-IV. Ale wtedy podążymy własnym, mylnym śladem, zwłaszcza jeśli potraktujemy współwystępowanie według wzoru, w którym objawy jednego zaburzenia uważano za zespół prodromów lub maskę innego zaburzenia. *Comorbidity*, bowiem odwołuje się do teorii *morbidity*, całkiem innego ujęcia zaburzenia psychicznego. W myśl teorii Taylora to, co rozumiemy jako zaburzenia psychiczne i co próbujemy klasyfikować, jest zewnętrznym wyrazem (współczesny naukowiec powiedziałby fenotypem, mając nadzieję na odnalezienie nie odnalezionego jeszcze genotypu) swoistego dla każdego cierpiącego człowieka zespołu cech, które w języku polskim najbliżej wyraża słowo „chorobliwość”, a we włoskim *morbidezza*. Zdecydowana większość piszących o *comorbidity* zdaje się cytować autora teorii *morbidity* za poprzednikami, bez lektury tekstu wyjściowego.

Teoria *morbidity* wymaga zresztą dalekiej indywidualizacji w postępowaniu terapeutycznym. Nie obiecuje bowiem żadnej uniwersalnej drogi do wyjaśniania powstawania u człowieka dających się opisać i poklasyfikować objawów psychopatologicznych. Każde ich poszukiwać. Także w procesie psychoterapii, tak jak to zalecał Antoni Kępiński.

Adres: Katedra Psychiatrii CM UJ
ul. Kopernika 21a
31-501 Kraków